



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Proceso / Subproceso:
Vigencia:

No.	Objetivos Estratégicos	Transversalidad Plan Nacional de Desarrollo	Transversalidad Plan Departamental de Salud- Valle Inencible	Meta Resultado	Programa	Dimensiones del MIPG	Meta Producto	ACTIVIDADES I TRIMESTRE	% DE AVANCE	Indicador de Resultado			
										Descripción de la Formula	Unidad de medida	Línea Base Resultado	
												Valor	Año
1	PROMOVER LA ATENCION CENTRADA EN EL USUARIO Y SU FAMILIA	Estrategia de Participación Ciudadana Modelos de Atención Integrales	Subprograma 5010304 Provisión Adecuada de Servicios de Salud	Gestionar el mejoramiento permanente en la experiencia de atención y servicio que promueva una relación de dignidad y respeto en la institución	Seguridad del Paciente	Gestion del Conocimiento y la innovación	Actualizar y socializar el programa de seguridad del paciente	En el primer trimestre el programa de Seguridad del Paciente realiza socialización de procedimiento, protocolos y guías al personal de la institución e implementa formato de cierre de vacunación COVID-19 SP-020-011-009.	25%	# de Quejas y Reclamos por fallo en la calidez y trato amable/ # Total de QR recepcionadas *100	Porcentaje	0	2020
							Actualizar y documentar el despliegue de la Política Institucional de Seguridad del Paciente con la comunidad Hospitalaria(Personal Asistencial, Administrativo, usuario y familia)	Durante el primer trimestre del año 2021 (enero a marzo) se han realizado capacitaciones en Seguridad del Paciente y el despliegue de su Política tanto en personal asistencial, administrativo y tercerizados de la institución (vigilancia privada y aseo)	25%				
							Incluir en el programa de seguridad del paciente el modelo de gestión orientado al flujo de pacientes	Durante el primer trimestre del año 2021 se han realizado rondas de seguridad del paciente diligenciadas en formato SP-020-011-006 tanto en las instalaciones del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo como en sus zonas de expansión, se realizaron rondas interdisciplinarias los fines de semana con el fin de hallar posibles fallas en los servicios y realizar acciones correctivas inmediatas o planes de mejora y se realizó toda la señalética del punto de vacunación COVID-19 para asegurar el distanciamiento y así evitar contagio y propagación de COVID-19 tanto en el personal como en los usuarios que acuden al servicio.	25%				
							Generar la cultura de reporte, análisis y las acciones de incidentes y eventos adversos	En el primer trimestre del año 2021 se han reportado 23 eventos en formato SP-020-011-00, clasificados como 22 incidentes y 1 evento adverso, cada uno con su respectivo análisis de causa y a la fecha se han realizado los siguientes planes de mejoramiento para dar cierre a los reportes realizados en los diferentes servicios, siempre trabajando de la mano con los líderes de proceso de donde se realiza el reporte: 1. Capacitación sobre administración segura de medicamentos Capacitación sobre Seguridad del Paciente 2. Capacitación sobre embalaje de cadáver sospechoso o confirmado de COVID-19 3. Capacitación sobre clasificación de 4. Capacitación sobre embalaje de cuerpos y procedimiento de entrega de cuerpos a funerarias	25%				
					Programa de Responsabilidad Social y Ambiental	Evaluación de Resultados	Respuesta oportuna a las PQRS presentadas por el usuario	Durante el primer trimestre se presentaron 0 felicitaciones, 1 sugerencia y 7 quejas que fueron respondidas de manera oportuna	25%				
							Entrega informe satisfacción	Se presentaron los informes de satisfacción en los tiempos establecidos por el SIAU	25%				
							Disminución progresiva de PQRS por fallas en el servicio, en calidez, trato digno	Se presenta una disminución progresiva de las quejas durante el primer trimestre de la vigencia 2021, encontrándose en 94,87% de una meta establecida de 92%	25%				

					Gestión del Conocimiento y la innovación	Desarrollar estrategias para la recuperación de cartera de la Vigencia y Vigencias Anteriores incluyendo acciones judiciales	Se han realizado 23 procesos de depuración de cartera con EMSSANAR, ASMET SALUD, EPS SANTAS, CONVIDA EPS, CAPITAL SALUD, MALLAMAS(3), COMPARTA, COMFAMILIAR DEL HUILA, COOSALUD, EPS SURAMERICANA, GOBERNACION DEL VALLE DEL CAUCA, COMFENALCO VALLE, SAVIA SALUD EPS, COMFAMILIAR NARIÑO, COOMEVA, SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD, SALUD TOTAL, FAMISANAR, NUEVA EPS, ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA, ECOOP SOS.	25%			
3			Fortalecer los procesos que garanticen la atención segura	Programa de Responsabilidad Social y Ambiental	Gestión con valores para el resultado	Cumplimiento de las actividades del PIC al 100%	SE FIRMA ACTA DE INICIO 26 DE MARZO DE 2021 SE ESTAN INICIANDO ACTIVIDADES	25%			
					Evaluación para el Resultado	Medir la productividad del profesional médico de consulta externa	Durante el primer trimestre de 2021 se presenta productividad de los médicos en el servicio de consulta externa de la siguiente manera: Enero : 2.66, Febrero: 3.83 y Marzo: 2.75	25%			
						1. Cumplir con la meta de los tres días de oportunidad. Indicador N°. 26 Res. 408 de 2018	Durante el primer trimestre se reporto la información correspondiente a los meses de Enero: 2.10, Febrero : 3.74, Marzo : Sin Reporte.	25%			
					Gestión con valores para el resultado	Gestionar la prestación de los servicios de salud acorde a la capacidad instalada	Se ha garantizado la prestación de servicios de consulta externa y urgencias de acuerdo a la demanda de lo servicios, así como también los servicios de laboratorio clínico, imágenes diagnósticas y odontología.	25%			
						Realizar actividades preventivas de Higiene oral	Se realizaron 2755 actividades en P y P Salud Oral	25%			
						Realizar el 70% de tratamientos odontológicos programados	Se iniciaron 782 tratamiento se finalizaron 616 para un 78% de tratamiento odontológico programados y finalizados en el primer trimestre	25%			
					Gestión del Conocimiento y la innovación	Garantizar el seguimiento en salud mental a los usuarios consultantes por violencias, intento suicida y consumo de sustancias psicoactivas	Diligenciamiento de BD del 100% de los casos atendidos y notificados por ficha epidemiológica. *Notificación del 100% de los casos que aplican para seguimiento de por parte de las EAPB. *Se registran 13 casos de Intento Suicida en el Trimestre. *Se Registra 1 caso de consumo de spa. *Se registran 80 casos de violencias (50 FISICAS, 8 ABUSOS SEXUALES, 3 VIOLACIONES, 19 NEGLIGENCIAS) *50% de los casos de Intento suicida se les ha realizado seguimiento telefónico, efectividad muy baja asociada a datos de contacto desactualizados. *100% de casos de consumo de SPA se les ha realizado seguimiento telefónico. *Pendiente seguimiento casos de violencia dado el alto volumen de estos, poco personal, poca efectividad en el proceso de llamada.	25%			
					Evaluación para el Resultado	Realizar seguimiento y presentar informe mensual del número de pruebas de embarazo positivas que ingresan al programa a partir del resultado positivo en el laboratorio. Indicador N°. 21 Res. 408 de 2018	En referencia al indicador El 100% de las Historia Clínicas Evaluadas, cumplen con los criterios de la Resolución 408 del 15 Febrero de 2018. Se inscribieron en el programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación y se les realizó por lo menos una valoración médica. El reporte del análisis consta de las historias en los meses de Enero No. de Historias 32, validadas 18, excluidas Febrero: 33 historias, 25 validadas, 8 excluidas.25 evaluadas. Marzo: 78 historias. 38 validadas, excluidas 40, evaluadas 38	25%			

<p>GENERAR SERVICIOS EFICACES EN CUMPLIMIENTO DE LAS EXPECTATIVAS Y NECESIDADES</p>	<p>Modelos de Atención Integrales Programas de Promoción y Prevención</p>	<p>Subprograma 5010304 Provisión Adecuada de Servicios de Salud</p>	<p>Garantizar cobertura de Consulta ambulatoria intra y extra hospitalaria</p>	<p>Programa de Atención hospitalaria</p>	<p>1. Realizar informe mensual de la aplicación de la prueba rápida de sífilis a los recién nacidos y mujeres gestantes del periodo. 2. Reportar los casos positivos y generar tratamiento oportuno y reportes de Ley. 3. Presentar 12 informes donde se evidencie la oportunidad de ingreso al control prenatal antes de la semana 12. Indicador N°. 22 Res. 408 de 2018</p>	<p>De los partos atendidos en la ESE, Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, No se encontró ningún Recién nacido vivo con diagnóstico de Sífilis Congénita. Enero : 4 partos, Febrero: 6 Partos, Marzo: 5 Partos</p>	25%	<p>Numero de Población atendida / Numero de Población Objeto x 100</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>85%</p>	<p>2020</p>
					<p>1. Socializar la guía de enfermedad hipertensiva. 2. Evaluar la Guía de enfermedad hipertensiva 3. Realizar informe del seguimiento de la adherencia a la guía de enfermedad hipertensiva. Indicador N°. 23 Res. 408 de 2018</p>	<p>El 100% de las Historias Clínicas Evaluadas, cumplen con los criterios de la Resolución 408 del 15 Febrero de 2018, cumplen con los criterios establecidos de evaluación, Tienen anotada la causa de consulta, Se le solicitaron lo Paraclínicos establecidos en la Guía y su reporte en la Historia Clínica y se Formulan los medicamentos de forma oportuna. Enero: Numero de Historias: 151, Muestra : 21, Evaluadas, 21 Febrero: Numero de Historias: 90, Muestra 20, Evaluadas 20 Marzo: Numero de historias: 151, muestra 22, evaluadas 22</p>	25%				
					<p>1. Socializar la guía de manejo de crecimiento y desarrollo. 2. Implementar la guía de manejo de crecimiento y desarrollo. 3. Realizar seguimiento mensual de medición de adherencia a la guía de manejo de crecimiento y desarrollo. 4. Mantener la acreditación IAMI. Indicador N°. 24 Res. 408 d</p>	<p>El 100% de las Historias Clínicas Evaluadas, cumplen con los criterios de la Resolución 408 del 15 de Febrero de 2018, cumplen con los criterios establecidos de evaluación, según la Guía para Detección de las Alteraciones de Crecimiento y Desarrollo.- Verificación en el inicio oportuno del Control de Crecimiento y Desarrollo.-Se Realizó la Solicitud de Valoración por Médico y se verificó el Esquema de Vacunación PAI para Colombia. Enero: Numero de historias: 101, Muestra 20, Evaluadas 20 Febrero: Numero de Historias: 70, Muestra 19, Evaluadas 19 Marzo: Numero de historias 113, muestra 20, evaluadas 20</p>	25%				
					<p>Garantizar el 100% procesamiento de muestras de laboratorio destinadas al proceso de urgencias en los tiempos normalizados de acuerdo al nivel de complejidad</p>	<p>Se garantiza el 100% del procesamiento de las muestras de laboratorio en el servicio de urgencia en los tiempos normalizados de primer nivel de complejidad y de segundo nivel siempre y cuando sean autorizados por la EPS del usuario. Indicador del primer trimestre 0,18, siendo la meta 1 hora</p>	25%				
					<p>Garantizar la entrega oportuna de acuerdo con la normatividad vigente de imágenes tomas y resultados</p>	<p>El promedio de la oportunidad de entrega de imágenes tomas y resultados es de 2.6 días</p>	25%				
					<p>Garantizar el 100% de entrega de resultados de las muestras de laboratorio en los servicios ambulatorios</p>	<p>se garantiza el 100% en la entrega de resultados de las muestras de laboratorio en los servicios ambulatorios. Los resultados se entregan a un día por el servicio ambulatorio. Y estos son de segundo nivel se remiten al laboratorio las Acacias donde pueden estar de uno a 3 días.</p>	25%				
					<p>Ejecutar el 100% de las actividades contratadas a través de los planes de intervención colectiva</p>	<p>SE CONCERTARON ACTIVIDADES Y VALORES DEL PIC INFANTIL, SE FIRMO CONTRATO EL 26 DE MARZO DE 2021.</p>	25%				
					<p>Gestionar el Modelo de acción integral territorial en Salud en lo relacionado con : Prestación de servicios, Talento Humano, Financiamiento y enfoque diferencial, aseguramiento</p>	<p>Se tiene consolidado el modelo de acción integral en salud por parte del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, el cual es el soporte en su prestación de servicios, su operación responde a cada una de las unidades funcionales de su gestión administrativa y / o asistencial.</p>	25%				
					<p>Realizar seguimiento al Plan de emergencia.</p>	<p>Durante el primer trimestre se realiza seguimiento al Plan de Emergencia propuesto por el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, en virtud de la Pandemia COVID-19</p>	25%				
					<p>Actualización de los Planes de Contingencia y su cumplimiento en eventos que afectan las condiciones de salud de la población.</p>	<p>Se realizo la actualización del Plan de Contingencia propuesto para la atención del proceso de vacunación COVID-19 respetando los criterios del Ministerio de la Salud y la Protección Social en lo referente a etapas y prioridades.</p>	25%				

			Mantener el % de Capacidad resolutive de la estructura instalada en Urgencias	Programa de Atención hospitalaria	Gestion del Conocimiento y la innovación	Actualizar las Guías, Protocolos, Procedimientos del servicio de urgencias de acuerdo con la normatividad vigente	Se realiza el seguimiento a las guías de : • Guía Clínica de crisis hipertensiva. • Guía de descompensación diabética (cetoacidosis diabética y estado Hiperosmolar no cetósica), • Guía de manejo enfermedad diarreica aguda, • Guía clínica de infección urinaria, • Guía clínica de infecciones Vaginales en el embarazo. • Guía clínica del síndrome coronario Agudo, • Guía clínica de infecciones respiratorias agudas en pediatría. • Guía clínica de reanimación cardiopulmonar. protocolos: • Protocolo institucional de manejo inicial del paciente quemado, • Protocolo de trastornos hipertensivos del embarazo • lineamientos para la detección y manejo de casos de covid-19 por los prestadores de servicios de salud en Colombia, ministerio de salud, adaptación para el hospital la buena esperanza ese de yumbo, valle del cauca, protocolo ruta de atención covid-19.	25%	No. de consultas de Urgencias realizadas/ No. de consultas programadas para el Proceso de Urgencias) * 100	Porcentaje	100%	2020
				Evaluación para el Resultado	Realizar análisis de los procesos de Referencia y Contrarreferencia de los casos presentados trimestral	El Hospital la Buena Esperanza tiene un alto número de remisiones lo que obedece al hecho de ser una institución de primer nivel donde no se cuenta con algunas especialidades ni atención de alta complejidad , además en la parte administrativa las EPS no tienen contratado con el hospital la estancia hospitalaria por lo cual el paciente debe ser remitido. En el primer trimestre del 2021 se pudo observar que en enero hubo un mayor número de remisiones del área respiratoria lo que concuerda con el pico de la pandemia por el cual estábamos cursando. Las urgencias vitales también se producen en alto número lo que es debido al alto volumen de accidentalidad y agresiones. Enero: 194 casos, 47 respiratorias, 147 No respiratorias, 37 vitales Febrero: 170 casos, 10 respiratorias, 160 No respiratorias, 37 vitales Marzo: 236 casos, 36 respiratorias, 200 No respiratorias, 45 vitales	25%					
				Gestion con valores para el resultado	Cumplimiento de los planes de capacitación de la operación del servicio de urgencias	Se realizo la programación y planeación de las capacitaciones del primer trimestre las cuales empezaran la segunda semana de abril, se anexa el plan de capacitaciones.	25%					
				Programa de fortalecimiento del Desarrollo Administrativo	Control Interno Gestión del Conocimiento y la innovación Evaluación para el resultado	Formular y desarrollar el Plan de Auditorias	Se realizo formulación y socialización del Plan de Auditorias de la Vigencia 2021, indicando procesos de prioridad 1, 2 y 3 con sus respectivas fechas de entrega	25%				
						Cumplimiento oportuno de los informes de acuerdo a la normatividad vigente	Se presento reporte Evaluación de Control Interno en la pagina web de la entidad, Se presento FURAG al DAFP, Se realizo seguimiento del Plan Anticorrupción y Se presento derechos Autor.	25%				
						Apoyar los procesos de gestión administrativa en cumplimiento de la efectividad institucional	Se presentaron informes de seguimiento a estados financieros-informe de Gestión del Gasto, Se realizo seguimiento a información estadística del COVID -19 al proceso de vacunación, participación activa en los comités de Gerencia	25%				
				Programa Gestion Jurídica Institucional	Evaluación para el Resultado	Cumplimiento de las Etapas contractuales en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia	Cumplimiento de las Etapas contractuales en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia. Se han cumplido con las etapas contractuales de 139 Contratos: (Estudios previos; Minutas de contrato; Numeración de los contratos; Firma de la contratante, Recepción de la póliza de la garantía del contrato; Revisión de las modificaciones de los otrosí en relación con la prórroga; suspensión de su ejecución y modificación del valor de acuerdo a lo permitido por ley, en cumplimiento de los principios de contratación pública; posteriormente se han realizado la liquidación unilateral o bilateral de los contratos.	25%				

POTENCIAR EL DESARROLLO ADMINISTRATIVO A PARTIR DE LA INNOVACION Y LA GESTION DEL CONOCIMIENTO	Sistemas de información	5010303. Subprograma: Gestión Administrativa y Financiera	Desarrollar el 100% de las estrategias de Gestion Administrativa	Programa de fortalecimiento del Desarrollo Administrativo	Gestion con valores para el resultado	Asistir oportunamente los procesos jurídicos que comprometan al Hospital	Asistir oportunamente los procesos jurídicos que comprometan al Hospital. La oficina jurídica en el primer trimestre asistió 23 procesos jurídicos donde se compromete al Hospital en los procesos presentados ante los Juzgados administrativos y Laboral con el objetivo de minimizar los efectos antijurídicos y pretensiones presentadas por los demandantes.	25%	Numero de Actividades Realizadas / Numero de Actividades Planeadas	80%	2020
					Gestion del conocimiento y la innovación	Establecer Relación Docencia Servicio con Universidades y / o centros de estudio formales	Se mantienen los convenios docencia con las instituciones	25%			
					Evaluación para el Resultado	Mantener la certificación del Sistema de Gestion de Calidad	Se realiza seguimiento a los procesos administrativos y asistenciales, orientado a la actualización del ambiente de los procesos y su eficacia en cumplimiento de los objetivos y metas institucionales que garanticen el cumplimiento de los numerales de la Norma que nos acredita la certificación.	25%			
					Información y comunicación	Actualizar e Implementar una estrategia de Comunicación interna y externa en el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo ESE	Se establece plan de trabajo el cual incluye Fortalecer comunicación interna con colaboradores por medio de correo electrónico interno, grupo de WhatsApp, carteleros y televisión; articular con el área de prensa y comunicaciones de la Administración central, las actividades del Hospital, con el objetivo de proyectar una imagen institucional alineada a la estrategia de comunicación, administrar y actualizar la RD social de Facebook y pagina web.	25%			
					Evaluación para el Resultado	Realizar 3 seguimientos de la autoevaluación de los estándares de acreditación. Indicador N°. 1 Res. 408 de 2018	Para la vigencia 2021 de acuerdo al cronograma estipulado en la documento del Plan de Auditoría del Mejoramiento de la calidad – PAMEC se programaron 3 seguimientos a la Autoevaluación de los estándares de acreditación que se realizaran durante los meses: Junio (Autoevaluación Cualitativa); Julio (Autoevaluación Cuanitativa) y Agosto (Selección y Priorización de Estándares).	25%			
						Realizar 4 seguimientos al Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad. Indicador N°. 2 Res. 408 de 2018	Para la vigencia 2021 de acuerdo al cronograma estipulado en la documento del Plan de Auditoría del Mejoramiento de la calidad – PAMEC se programaron 4 seguimientos correspondientes al plan de Mejora durante los meses de: Septiembre, octubre, Noviembre y Diciembre.	25%			
					Gestion con valores para el resultado	Ejecutar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad	En el primer trimestre se ha realizado las siguientes actividades: Informe de Cierre de Resultados 408 de 2018 en formato oficio	25%			
					Evaluación para el Resultado	1. Recolectar la información a reportar de acuerdo a los responsables establecidos. 2.Realizar el reporte oportuno en cumplimiento al cronograma de informes establecido. Indicador N°. 10 Res. 408 de 2018	Se realizaron acciones de recopilación , consolidación y envío de información de manera oportuna de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud en los tiempos establecidos	25%			
					Evaluación para el resultado	Realizar seguimiento a través del cronograma de informes y responsables. 2. Conciliar la información de manera permanente entre las áreas. 3. Dar cumplimiento al cronograma establecido para el reporte de la información trimestral y semestral y anual del decreto 2193. Indicador N°. 11 Res. 408 de 2018	Se realiza seguimiento al cumplimiento de informes y reportes de acuerdo a la normatividad vigente en las diversas plataformas institucionales; Se establece comunicación entre procesos para establecer información primaria y secundaria para soportar informes; Se reporta de manera oportuna el trimestre del Informe 2193.	25%			
					Direccionamiento estratégico y Planeación	Desarrollar los componentes de Modelo Integrado de planeación y Gestion-MIPG	Dentro de los componentes del Modelo integrado de planeación y Gestión- MIPG se presentó Informe de Avances de la calificación de los Autodiagnósticos y análisis de cada una de las dimensiones.	25%			
Gestion con valores para el resultado	Actualizar el mapa de riesgos en los procesos administrativos y asistenciales	Se plantea revisión y ajuste del mapa de riesgos y oportunidades en los proceso administrativos y asistenciales	25%								

				Programa de Responsabilidad Social y Ambiental	Gestion con valores para el resultado	Desarrollar componentes de La Política de Participación Social en Salud	Se realizan reuniones de trabajo con la asociación de usuarios para consolidar el Plan de Acción para la vigencia 2021 de acuerdo a los componentes de la Resolución 2063, la cual es el eje de ruta de las acciones de la Política Pública.	25%				
				Programa de Responsabilidad Social y Ambiental	Gestion con valores para el resultado	Fortalecer los espacios de interacción con la comunidad	Se realizan reuniones programáticas con la asociación de usuarios para el seguimiento de su gestión y sus aportes al mejoramiento de la calidad del servicio en cumplimiento de las expectativas y necesidades de los usuarios.	25%				
			Cumplir con el 100% de la formulación y ejecución de los Planes Institucionales	Programa de fortalecimiento de planeación institucional	Gestion del conocimiento y la innovación	Formular el Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR	Se realiza la formulación del Plan Institucional de Archivo PINAR teniendo en cuenta las consideraciones respectivas de acuerdo a los avances de la vigencia 2020	25%	Numero de Planes Ejecutado / Numero de Planes Formulado	Porcentaje	100%	2020
						Plan Anual de Adquisiciones	Se realiza la formulación del Plan Anual de Adquisiciones de acuerdo las necesidades expuestas por los líderes de proceso y los subgerentes del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, igualmente teniendo en cuenta el nivel de ejecución de la vigencia 2020	25%				
					Talento Humano	Plan Anual de Vacantes	Se realiza la formulación del Plan Anual de Vacantes teniendo en cuenta los registros de talento humano.	25%				
						Plan de Previsión de Recursos Humanos	Se realiza la formulación del Plan de Previsión de Recursos Humanos de acuerdo a las proyecciones y diagnostico del líder de proceso de Talento Humano	25%				
						Plan Estratégico de Talento Humano	Se realiza la formulación del Plan Estratégico de Talento Humano soportado en las expectativas de los líderes de proceso de la entidad y la capacidad financiera que permita cubrir las actividades propuestas.	25%				
						Plan Institucional de Capacitación	Se realiza la formulación del Plan Institucional de Capacitación de acuerdo a los temas expuestos por cada una de las subgerencias del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, el cual es el reflejo de las necesidades de fortalecimiento de temas institucionales.	25%				
						Plan de Incentivos Institucionales	Se define el Plan de Incentivos Institucionales de común acuerdo con los trabajadores, líderes de proceso y la alta dirección del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo.	25%				
						Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	El Proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo formula e inicia la ejecución de su Plan de Trabajo, teniendo en cuenta las actualizaciones normativas y legales que regulan su operación.	25%				
					Control Interno	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Se realiza la actualización del Plan Anticorrupción y su publicación en la pagina institucional para la vigencia 2021.	25%				
					Información y comunicación	Implementación de Plan estregico de tecnologías de la información	Se realiza la actualización e implementación del Plan Estratégico de Tecnologías de la información de acuerdo a los criterios definidos por el Ministerio de Las Tecnologías de la Información y la Comunicación.	25%				
			Evaluación para el resultado	Realizar y presentar ante la junta directiva mínimo 4 informes en la vigencia Indicador N°. 8 Res. 408 de 2018	Se realiza el informe de análisis de RIPS, teniendo en cuenta las variables clínicas y los sopartes estadísticos de los procesos asistenciales analizados	25%						
			Información y comunicación	Implementación de Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	Se realiza la actualización y avance del Plan de Tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información, el cual es incluyente en la matriz de riesgos institucionales.	25%						
				Implementación de Plan De Seguridad Y Privacidad De La Información	El Proceso de sistemas del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo progresivamente realiza la implementación del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, teniendo en cuenta las medidas de seguridad para evitar la materialización de riesgos en la confidencialidad de la misma.	25%						
		Programa : Salud Ambiental	Mantener la membrecía de Hospital Verde y Saludable	Programa de Responsabilidad Social y Ambiental	Gestion con valores para el resultado	Ejecutar el 100% de las acciones de Hospital Verde y Saludable	Se programa , ejecuta y se establece seguimiento de las acciones de Hospital Verde y Saludable el cual es un aporte al mantenimiento de la membrecía	25%	Una Membrecía	Numero	1,00	2020

34													
35													
36													
37													
38													
39													
40													
41													
													TOTAL

CLAUDIA JIMENA SANCHEZ ALCALDE
GERENTE